

# 診療・調剤報酬証明書【記入例】

※保険医療機関等に記入してもらうものです。

**保険医療機関等記入用**  
※会員の方は記入しないでください。

《本件に関するお問い合わせ》  
秋田県教育関係職員互助会  
退職医療補助金担当：018-860-5227

《保険医療機関等の皆様へお願い》

一般財団法人秋田県教育関係職員互助会では、退職教職員の療養費について補助事業を行っております。お手数とは存じますが、証明くださるようご協力をお願いいたします。  
なお、記載に関しましてその診療月の保険診療分のみご記入いただき、その診療月以外に発生した未収金等、入院時食事療養費、及び健康保険法の適用外のものを含めないようお願いいたします。

## 診療・調剤報酬証明書

※1診療機関1ヶ月分の健康保険法適用分を記入してください。  
※同一医療機関で複数の診療科がある場合、医科と歯科を分けて記入してください。

### 【保険医療機関用】

診療月	31年	4月分	療養者氏名	秋田 太郎
療養者の医療保険種別		国保・後期高齢者・協会けんぽ・公立学校共済・地方職員共済 市町村共済・私学共済・組合健保		
医療機関証明欄	診療種別	医科・歯科 外来・入院	左記のとおり証明します。 1年 5月 5日	
	総点数	2,500 点	所在地	秋田市山王〇〇〇
	一部負担金額	7,500 円	医療機関名	山中医院
薬局証明欄	総点数	200 点	代表者氏名	山中 一郎 ㊞
	一部負担金額	600 円	電話番号	
			左記のとおり証明します。 1年 5月 10日	
			所在地	秋田市〇〇〇
			医療機関名	花園薬局
			代表者氏名	花園 二郎 ㊞
			電話番号	

診療月	31年	4月分	療養者氏名	秋田 太郎
療養者の医療保険種別		国保・後期高齢者・協会けんぽ・公立学校共済・地方職員共済 市町村共済・私学共済・組合健保		
医療機関証明欄	診療種別	医科・歯科 外来・入院	左記のとおり証明します。 1年 5月 5日	
	総点数	29,000 点	所在地	秋田市山王3-1-1
	一部負担金額	44,400 円	医療機関名	山中医院
薬局証明欄	総点数		代表者氏名	山中 一郎 ㊞
	一部負担金額		電話番号	
			左記のとおり証明します。 年 月 日	
			所在地	
			医療機関名	
			代表者氏名	
			電話番号	

◆医療機関等の皆様へ◆  
一部負担金の欄は、診療月以外の未収金・調整額等を含まないでください。

### 【整骨院・柔道整復師用】

診療月	31年	4月分	療養者氏名	秋田 太郎
療養者の医療保険種別		国保・後期高齢者・協会けんぽ・公立学校共済・地方職員共済 市町村共済・私学共済・組合健保		
証明欄	総金額	15,000 円	左記のとおり証明します。 1年 5月 7日	
	一部負担金額	4,500 円	所在地	秋田市〇〇〇
			医療機関名	教育整骨院
			代表者氏名	教育 三郎 ㊞
			電話番号	